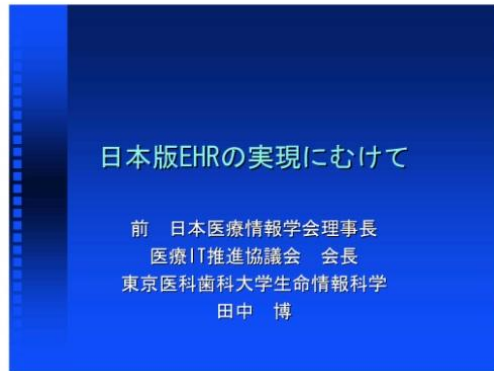


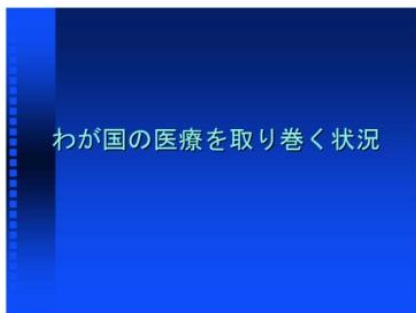
日本版 EHR の実現にむけて

田中 博（東京医科歯科大学 教授）



東京医科歯科大学の田中です。私の話は医学、健康の話です。「日本版 EHR」についてです。EHR という言葉はあまり他の分野の先生はお聞きになったことはないかと思いますが、Electronic Health Record と言います。これは自分の健康や医療の生涯にわたる記録を電子的に蓄積したもので、日本では、そのような記録は現在ないものですから何かと思われるかもしれません。アメリカはまだですがヨ

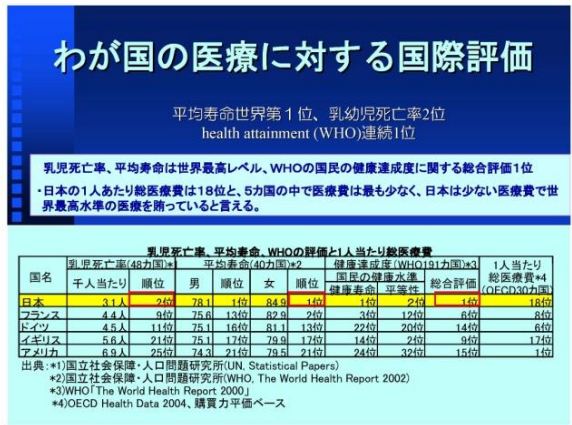
ーロッパの多くの国は国民の医療あるいは健康の一生にわたる記録というのがどこかに貯められています。これはプライバシーと言いますか個人の貴重な記録でありますから本人の許可がないともちろんだめですけども、匿名化した後に、国がそれを使って国民がどのような健康状態にあってどんな医療の政策をしなきゃいけないかを決めています。EHR とはそういうことができる健康情報・医療情報の基盤みたいなものです。



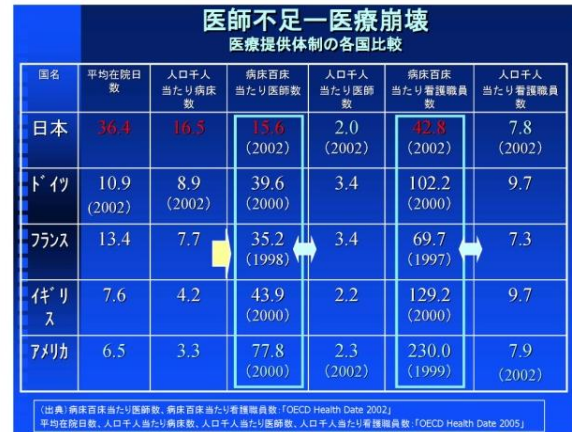
わが国では自分の医療とか自分の健康の記録というのはどうなっているのか。それは自分が行った病院とか診療所にあります。皆さまご存知のように、診療所とか病院というのは医療の記録を5年間保持しておけばいい。ということは5年経ったら自分の医療の記録はなくなっているかもしれない。実際、一生にわたる自分の医療や健康の記録は、この国ではどこにも存在しない。自分がたどってきた生涯にわたる医療や健康

の記録というものは実はどこにもないのです。欧州の社会福祉の国では障害の医療記録は必ずどこかにあって、いつでもそれが参照できる。そういう意味で生涯にわたる健康の計画とか生涯にわたる病気の管理とかができるという地盤があります。ただわれわれにはそんな記録がどこにもないし、いつの間にか消えていったりしているわけです。ある意味では出たとこ勝負のような医療環境におかれているということになります。日本の医療というものは世界に誇るものでありますが、少なくとも生涯にわたる医療や健康の管理というものにつきましては、非常に遅れているといえますか、今までそんなこと考えてきてこなかったというようなことがあろうかと思います。今後、特に成人病とかいろんな意味で一生病気につきあっていかなければいけない。糖尿病にしても高血圧にしてもですね、医療記録は自分が行った病院とか診療所にバラバラにあって、いつなくなるかわからない状態で自分の生涯にわたる健康リスク管理というのができるんだろうかと考えると、そういうものが全く今まで顧慮されずにいる日本の医療の政策に関してまあ少し不安を感じるわけ

であります。せっかく IT も進んでいる世の中でありまして、自分にとっての医療情報あるいは健康情報というのを一生にわたって保持し、それが利用できる環境があればこの国民における健康、生涯にわたる疾病の管理も非常に豊かなものになっていくのではないかと。私は日本版 EHR というのを数年ほど前からこれを実現するように日本の行政にもいろいろ働きかけています。その話を今日は少し話させていただきたいと思います。



しておりますが、それも1位です。ただ医療にかかる費用は、この表を作った時は18位くらいだったんですが、今や先進国 OECD30 カ国のうち21位です。先進国の中では非常に少ない医療費で世界最高の長寿と低い乳児死亡率を達成していると言えます。



あたりに対して42人で、アメリカでは230人です。ベッド百に対して看護師さんは230人いるのに対して日本は42人。これは単純な割り算ですから病院によってそれだけの看護師さんがいるというわけではありません。これも五倍くらい違います。患者さん1人あたりに対する医療従事者の割合と言うのはおよそ五倍くらいでしょう。ということは医師や看護師は日本の場合、アメリカよりも五倍ほど忙しいということが分かります。

日本の医療は世界に誇るべきものでありまして、みなさんご存知のように健康寿命、単なる寿命じゃなくて寝たきりの状態の期間を調整した寿命が世界一です。それだけじゃなくて健康状況の指標ともなる乳児死亡率も世界で2位の低さです。1位はアイスランドですけども。北欧などの健康、医療政策が発達したところとほとんど同じです。お年寄りの方の寿命も長いき、乳幼児の死亡率も少ない。健康達成度というものをWHOが5年に一回ほど発表し

医師の数はどうかというと、アメリカと比べましても絶対数は人口千人あたりの医師数が日本では2人くらいで、アメリカでも2.3人とそんなに違いません。看護師さんの人数も人口千人あたり7.8人（日本）と7.9人（アメリカ）。人口比率ではアメリカも日本も変わらない。ところが日本はベッド数百あたりの医師数だと15.6人。ところがアメリカだと77.8人ですね。だからまあ患者百人に対して77、78名くらいの医師がいる。日本は15名くらい。看護師さんの数も百床

超高齢化社会の到来－総人口に占める65歳以上人口の割合

高齢化率は5カ国の中で最も高く、高齢化の進展度も早い。



平成18年度65歳以上20.8%

出典：国立社会保障・人口問題研究所

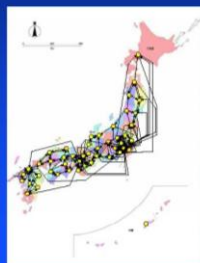
高齢者医療費の比率



高齢化の速度は昔はそれほどでもなかったのですが、1960 年では 65 歳以上の人口は 5%くらいです。この当時はもっと多い国はいくらでもあったんですね。1960 年くらいではアメリカとドイツ、それらは 13%ですね。でもあっという間に日本の高齢化速度が速くて、かつては老人が多いといわれていた国もみんな日本よりも下になってしまいました。それに高齢者にかかる医療費も上がってきている。

医療の非統合性 integrityの欠如

医療施設へのフリーアクセスの長所と欠点



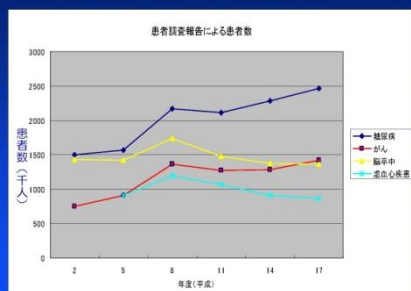
入院患者の移動 (50人以上)

もうひとつは、日本の医療制度の中でも良いことなんですが、患者さんはどこの病院に行っても良い、患者さんが希望する医療機関にかかるという特徴があります。どこの国でもそうなのかと思われるかもしれませんが、これは日本の特徴であって、例えばヨーロッパだと、医療福祉や社会福祉が行き届いて構造化されているものですから、軽症では大学病院のようなところにいけないんです。まずは近くの市か町の病院か診療所。

北欧では一旦コールセンターに電話をして自分の症状を言うとそのコールセンターの経験のあるナースが、割り振って「診療所に行きなさい」と。「もうちょっとと自宅で待てなさい」と。そういうところから始まります。だから、風邪で近くの大学病院に行くというようなことはできないわけです。病気の重さによって病院の階層が上がっていきます。救急だったらそんなこと言ってもらえませんからすぐ大病院に直接行けますけれども、普通の病気であつたら市から県、県から国というような形で階層が上がって行って病気の重さに応じて、より高度な病院に移って行くわけです。これがうまく働けばいいんですけども、例えば癌のように進行の度合いが数か月のような感じで悪くなるようなものと、病院の階層が上がる速度とほとんど同じに病気が悪くなっていく。だから結局手遅れになってしまう。ヨーロッパでは必ずしも制度がうまく動いていないというようなことはありま

す。日本はそういうことはありません。その代わり、東京の人が北海道に知人があって良い病院が北海道にあるという、転院したりします。地域をまとめて一つの医療を構造をもって行うことはありません。というのは患者さんはどこ行ってもいいわけですから、ある意味では医療の統合性がないといえます。

生活習慣病の患者数の増大



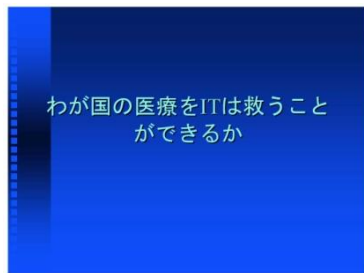
平成17年 患者調査報告

医療政策が緊急に解決すべき現在の課題

- 医師不足による「地域医療の崩壊」
- 超高齢化社会への対応
 - ◆ 65歳以上20.8%、医療比率35%以上
- 生活習慣病（慢性疾患）の増大
 - ◆ 重症化予防体制
- 医療供給の非計画性, integrityの欠如
- 医療費の適正化

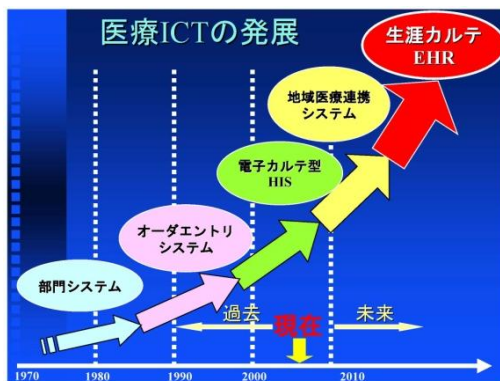
最近は糖尿病のような生活習慣病がどんどん広がっている。そういう意味では日本の医療は医師の不足、絶対数はあるんですけどもまあ偏在とかベッドの数が多いとかもありまして医師不足です。少し前から始まった臨床医の制度の改変もありまして地域医療が崩壊している。特に病院の医師は非常に忙しい。忙しくて勉強をする暇もない。まずは人員的に人数が少なくなっている。それから勉強する間がないから地方の大学病院は学会とかに行つて質は落ちてませんが、地方の民間の有名病院が非常に医療の質が落ちていっているというようなこともあります。そういう意味では、地域医療がかなり深刻な状態であります。それから超高齢化社会の対応とか、慢性疾患の増大。特に糖尿病は非常に急速に増加しています。これがかなり国の経済、医療費の経済に関しても大きな影響を与えている。例えば糖尿病が悪化し

て人工透析になると、1人大体年間500万円くらい国が負担しないといけない。本人は2万円くらいしか払わないわけです。今や28万人くらい人工透析になっています。一人500万円くらいですから大体1兆数億円の分が国の負担になっているわけです。これまでは人工透析は難病の腎臓病患者さんの責任ではなく国がサポートするのは当然であったのですが。このごろは難病としての腎臓病ではなく糖尿病の管理が不十分だったためにある日突然タンパク尿が出て、もう戻れない、腎臓がだめになる。実はちゃんと糖尿病を管理していれば、そうならないですむ。だから全体としての疾病管理の問題であつて、地域での疾病管理の計画がうまくいけば抑えられるようなものであります。そういう意味では糖尿病になることはこれは1千万人くらいの患者さんがいるわけですから、とり立てて言うことではないですけども、それをいかに重症化させないかが地域の医療の質を上げると同時に、医療費の負担を抑えるということになります。



その他に医療自身のフリーアクセスがありまして計画性がないということに成りました。実際今の医療の現状は思っている以上に非常に大変な事態になりつつあるわけで、これをどうやって克服するか、いろんな政策が可能ですが、一つの対策が進展している情報技術を使うことです。だから医療においても今までの紙のような記録ではなくて電子カルテとかをベースにしてその人の医療の情報を IT を用い

て蓄積し、それを基盤に医療を立て直すことはできないのかということが考えられます。ここからは少し時間がないので簡単に述べますが、日本の医療の IT というのは実はかなり進んでるんですね。1970 年くらいから病院にコンピュータが入り始めて、みなさん病院に行かれるとわかりますように大きな病院だったら、お医者さんが手で処方箋を書いていることはありません。目の前にあるコンピュータ、PC に向かって何やら操作されているのを皆様は見られてると思います。薬のオーダーとか検査のオーダーなどをコンピュータを使って院内にネットワークで流すというシステム（オーダリングシステム）もかなり



前から出始めていて、今はいわゆる電子カルテシステムが、全部の病院ではないですけども、大きな病院だったらもう 30%、40%導入されている。病院の中で患者さんのデータのコンピュータ化は普及している。いまやそれが地域全体に患者さん自身のデータを地域の病院が共有して複数の病院が一人の患者さんをケアするという地域医療連携が最近広がっています。

あとは今日私が話している生涯にわたる自分の医療記録がどこかに格納されて、それがいつでも安心して参照できる、そういうような環境が実現されないといけない。例えば、イギリスではみなさんご存知のように長い間サッチャー政権でした。日本における小泉政権と同じようなものですが。そのサッチャー政権はそれまでの労働党の福祉政策の無駄を切り捨てるということで、次の二つの政策を特に重くやりました。一つは医療です。もう一つは日本の国鉄と同じ **BRITISH RAILWAY** です。なぜかというイギリスの医療と言うのは日本の少し前の公社のように全部国家公務員だったわけです。98%の医者は国家公務員だったので医療サービスをおこなう組織は言ってみれば医療公社です。医療公社といって百万人の国家公務員を雇っていたわけですから、かつての日本の国鉄以上です。そこにすごい無駄があるということで切り込んでいって、ベッド数はもう半分ぐらいになりました。いろんな意味では無駄はなくなったかもしれないのですが、これによってイギリスの場合、医療は立ち直れないくらいの傷を負ってしまい、病院は半分ぐらいの数になったわけです。そして、病院の入院待ちは八カ月ぐらいになった。待っている間に病気は進行して死亡するという例も出てきました。国民の方も待ち切れないからドーバー海峡を渡ってフランスに行き、フランスで治療を受ける人が多くなったんです。イギリスでは、フランスで治療を受けてもイギリスの税金で払うという

ような法律が通ったくらいです。やはり医療に関して無駄だとかの論法で切り込むと結局立ち直るのにすごい時間がかかるんですね。みなさんもお存じのように小泉政権も4度に渡って医療費を削減いたしまして。で、今の状態はどうなっているかというと地域医療の崩壊ですね。これを立ち直らせるのにすごく時間がかかりそうです。で、サッチャー政権を受け継いだブレアは思い切って医療費を1.5倍にしました。今年の民主党はですね、1.5倍とはとても言えないですが、0.何パーセントくらい今度初めて上げましたけれども。ブレアくらいの思い切ったことをしないと結局崩壊から立ち直ることが出来ません。まあ、日本の場合もこれからもう少し国民の健康全体のために生涯電子カルテを目指して、EHRはすぐにはできないでしょうから地域医療の連携を通して、複数の医療機関が共同してケアを行うためにどこかに患者の記録をおいて、一生の医療データを蓄積する必要があります。

「生涯を通じた」健康/疾病管理

- 「生涯継続性」 lifelong-continuity
 - ◆ 生涯的健康/疾病管理への転換
 - 医療費は慢性疾患に掛かる費用が大半
 - カルテの保存期間（米国小児科21年など）
 - 超高齢化社会・citizen-centeredな医療へ
 - ◆ 重症化予防と医療費の適正化
 - 糖尿病重症化の予防→医療費の適正化
 - 「治す」から「予防する」「管理する」へ

longitudinal disease/healthcare management

す。5年で捨てていいということはやはり日本では急性期の病気、要するに病気になって治療してそれからあと少し経過を見て大体5年くらいでいいというような急性期の病気をモデルにした考え方ですからまだまだです。ずっと一生の記録を貯めていく、生涯の継続性という医療を考える、例えば糖尿病の重症の予防ということを考えると情報の管理ということも必要になってくる。生涯を通じた健康管理が一つの大きな健康医療政策の軸であります。

「統合性を持つ」医療の実現

- 「（地域）統合的構造」 Integrity
 - ◆ 統合的構造Integrityをもった医療の実現
 - 病院完結型から地域完結型（self-contained）包括ケアをビルディングブロックにした医療
 - 医療資源の分布と適正化・医療崩壊と再生への視座 地域医療連携体制
 - ◆ 国民的規模の健康医療情報に基づいた医療政策（evidence-based healthcare policy）の基盤としての地域医療再生

integrated regional disease/healthcare management

例えば50歳頃に糖尿病を患って死ぬくらいまで、30年20年とずっとその病気と付き合わないといけないわけですから、そういう意味では5年だけのカルテという制度ではいつまでも国民の生涯にわたる健康管理をサポートするような環境体制というのは出来てこないわけであります。最近は電子カルテも普及していますが、今後はですね、生涯を通じた健康医療・疾病の管理を目指すべきです。アメリカだとカルテは30年保持しないと法律違反で

もう一つは、地域の統合性です。ひとつの病院ですべての治療が完結する能力を今や病院は持っていません。病院の中ですべてが完結する。リハビリから回復期まですべてできるということはもう無理です。病院で完結するんじゃなくてケアは地域で完結する。いろいろな病院は、急性期の病院とか回復期の病院とかですね、リハビリの病院とか、それから自宅の療養とか、そういうものを連携して一つのケア体制を実現するという形に持っていけないといけ

ない。地域の医療連携ということがこれからの医療のもう一つの概念になるわけでありませう。

安心/安全の「日常生活圏」医療

- 生活圏基盤性 Living-area centrality
 - ◆ 老人医療・在宅療養
 - ◇ 超高齢化社会の老人医療
 - ◇ 在宅療養支援のIT環境構築
 - ◆ 日常生活圏疾病管理
 - ◇ 血糖値・血圧などの自己測定 慢性疾患管理
 - ◇ 胎児心拍などの自己測定
 - ◆ 日常生活圏健康管理
 - ◇ ユビキタス健康情報管理 PHR

Living-sphere centric disease/healthcare

を測ってその記録を例えば携帯電話でサーバに飛ばしてデータが保持されていく。あるいは血圧に関しても日常的な測定、日常的なケアというものの、自宅でできるケアと病院や医療施設でのケアとをつなげていかなければいけない。だから崩壊に位置しているような医療を立て直すためには一つは生涯の継続性で、一つは地域の連携あるいは地域の統合、すなわち医療施設のケアを統合するというのが一つ。

これらの実現には「情報」が必要である

- 情報のもつ「統合力」
 - ◆ 単なる効率化の手段としてではない
 - ◆ 生涯継続性を支える「情報の継続性」
 - ◆ 統合的構造を支える「情報の連結性」(つながり)
 - ◆ 生活圏基盤性を支える「情報の遍在性」
- 3つの医療構造改革のために健康・疾患情報の電子化

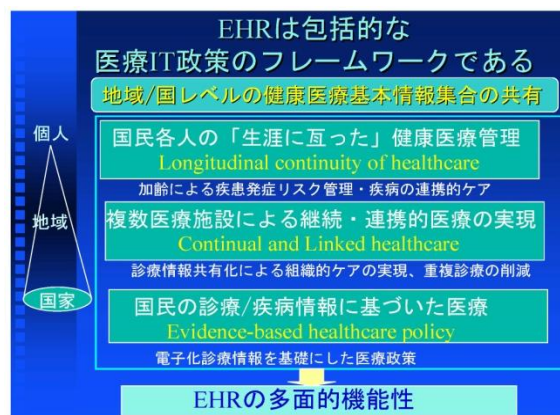
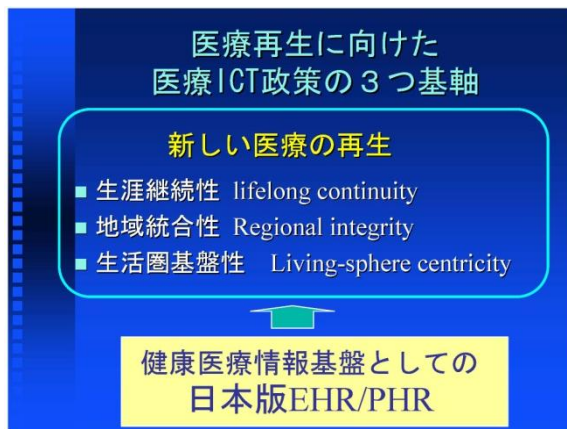
ICTによる医療構造改革の基盤としてのEHR(生涯電子カルテ)

国民一人ひとりが自らの健康/医療情報を「生涯を通じて」把握/管理でき、健康管理/疾病予防に活用できる『仕組み』

年くらい経ると、例えば失明したり腎不全になったり下肢が壊死になったりといったことが一気に起こるわけで、絶えず病態情報を見ておれば自分の健康についての関心というのは高まっていくものです。情報というものがなければなかなかこのような医学は実現できない。そういう意味では ICT というのは、コンピュータを使ったら効率良くなるというわけじゃなくて、新しい医療を作る基盤でありまして、紙の記録では生涯にわたって継続的に地域で連携しあって、そして生活圏に基づいた情報、新しい医療を可能にすることはできないわけです。そのためどうしても ICT が必要で、要するに ICT は効率化とか、何か節約するという意味で医療において必要だというわけじゃなくて、新しい医療を作るためにはどうしても情報 ICT 基盤がないといけないということで、それを生涯的な電子カルテと言っております。

それからもう一つはですね、いつまでも病院をベースにしているような健康管理や医療だけではなくて、やはり自分の生活圏を基盤にした医療を行う。いつも病院に行くのではなくて、もう少し生活圏スタイルに持って行く。老人医療に関しては、自宅での療養ということをどんどん進めていく。あるいは慢性疾患の疾病管理においても、糖尿病の診療に、毎月一回診療所に行くあるいは一年に一回病院に行くということではなくて毎日、血糖値

最後はもっと生活基盤というか自分の生活に根ざし、携帯電話とかを使って病院や診療所に行くというよりは自分でできる健康情報のモニタリングをしてそれを蓄積して全体としてどういう傾向になっているかというのを見れるようにする。そうするとこの頃ずいぶん血糖値が高くなってきているのを知って、もう少しちゃんと運動や食事の管理行おうという気になります。それしないとですね、何年も放ったらかして 10

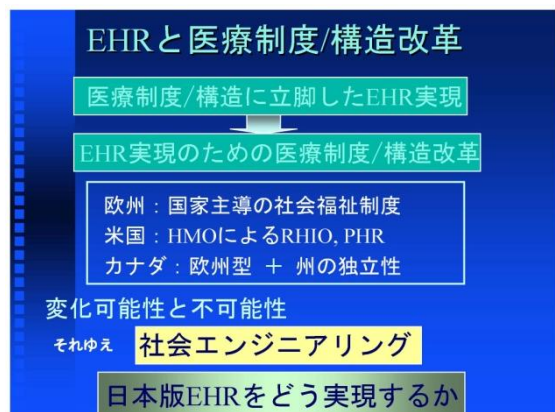


ができれば、匿名化しないといけないんですけど、国の疾病の構造がすぐ分かるわけでありまして、そういう情報に基づいたエビデンスに基づいた医療政策というのができる。国にとっても地域にとってもそれから個人にとっても EHR の制度、あるいは基盤、インフラとか、日本の医療の再生を担うものだと言えます。

時間もずいぶん使ってしまいましたので、あとは簡単に皆さんの手元に資料がございますのでお話ししたいと思います。EHR はいろんな国でもう 2000 年といえますか 21 世紀始まった時、いろんな国で大々的に進められました。イギリスは特にサッチャー政権という保守党の政権が医療をズタズタにしました。これをどう再生するかということは長年の課題であって、もう 10 年くらい経っていますが、かなり大変でした。でもまだまだ 3 カ月ぐら

生涯的電子カルテを構築することによって、生涯継続性で地域統合的で生活基盤準拠の医療が新しい医療の基盤であって、そのためにはどうしても日本版 EHR という医療 IT が必要になるわけでありまして。これはある意味では国民各人にとって、生涯にわたる記録があるということの安心感があるのと同時に地域においてはそういう記録を皆が共有することによって複数の医療

機関によって継続的・連携的な医療ができるという点でその地域にとってのプラスであり、国にとってもプラスです。国は今アンケートとか定点観測で、国民の健康状態を知って医療政策を作っています。いまだに国民が今どんな病気にかかっているのかというリアルタイムの情報を持っていない。一年間に一回調査するような定点アンケート、すなわち決まった病院をサンプリングして見てるだけであります。ところが EHR



いは入院待ちが続いています。カナダは全国の医療 IT 化に成功したんですが、欧州型のように国が行うのではなくて州ごとにイニシアティブをまかせました。というのはカナダは英語をしゃべる州とフランス語をしゃべる州があって、政府が全て行うということに対して非常に反発があるんで、政府がある機関に予算を渡してその機関が州ごとにいろんな予算を与えて州に一つの ID

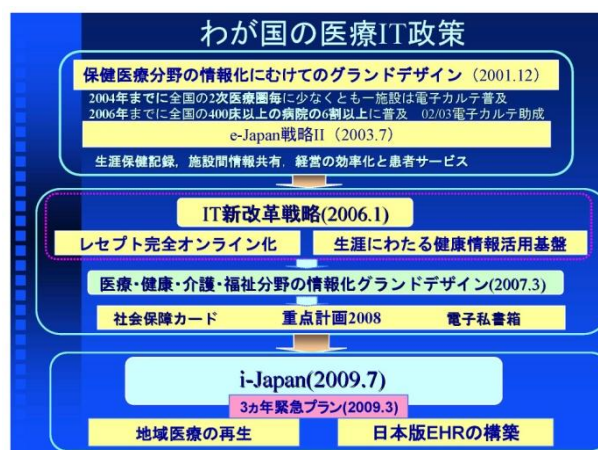
で健康管理をしております。それからヨーロッパでは EHR 政策は大体成功している。ドイツだけは失敗している。ドイツはご存知のように先の戦争に負けた国であって国に対する信頼というのは国民においても無いわけであります。国が健康医療記録を実行することに対して大反対です。だからカードに自分の健康記録を記録してそれを一生持ちつことによって健康管理をする方法を取りました。これは何回もやった試みなんですけど、大体失敗する。EHR が本来ターゲットにしにしなければならないのは、もっとも忙しい人、自分の健康管理に関して、その時間を費やすことができない人です。このような人のカード見たら何にも書いてないんです。そんなことではだめであって、むしろある意味で国とか県とか自治体とか強制的にその人の健康記録をどこかに保持してやらないとダメです。それに基づいて警告を発する。このままでは心筋梗塞になりますよ、とか糖尿病が重症化しますよとか提示しない限りだめです。ヨーロッパではドイツだけが EHR が失敗いたしました。このように国によって EHR をどこまで国がやっていいのかあるいは地方自治体がやるのか、あるいは中核病院がやるのか、あるいは中核の大学がやるのかとか、いろいろ実現方法があるので、だから日本版という言葉を使わないといけな。デンマークみたいに小さな国は、国民の医療の記録、健康の記録、完全に全てをオンラインで参照できます。イギリスでも全部はできないんですが、自分が受けた検査とかレントゲンとかは、どこの診療所や病院に行っても一瞬にデータのネットワーク、スパン (spine) という背骨というあだながついて

いますけれども、それが全部医療機関とつながっていますからどこで診療を受けてもそれまでのデータは一瞬のうちに集まります。コピーで送ってくれというんじゃないんです。

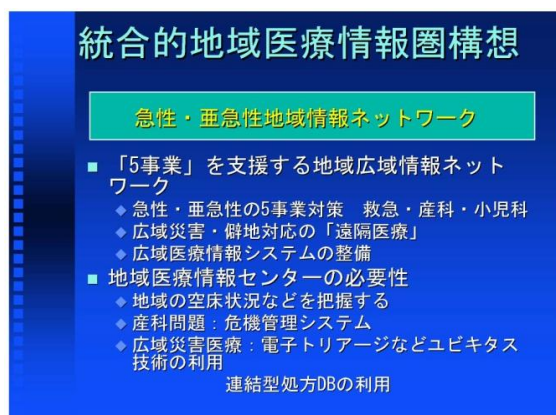
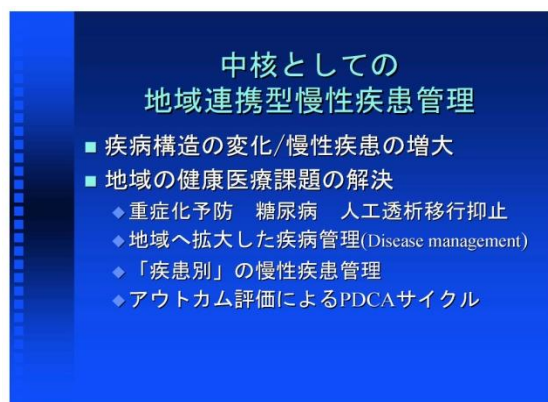
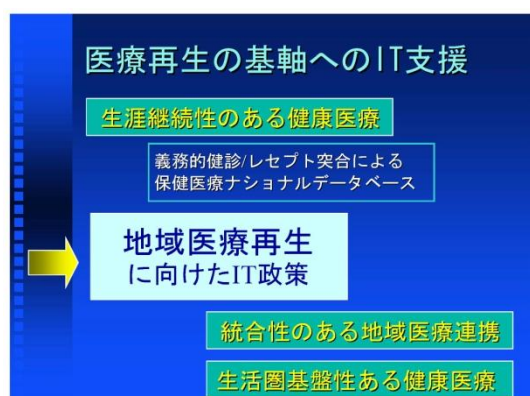
では日本はどうかというと日本もヨーロッパで 2000 年から一斉に実施しているのを政府も知らないわけではないので最近ではレセプトのオンライン化とかいわゆるメタボ健診のような健診情報の電子化したものを一生蓄積しようとかとか計画しています。少し画期的だったのは。去年の 7 月に i-Japan 構想が提案しまして私がこれまで述べてきました日本版 EHR ということ構築するということをしつかりと宣言しております。初めて私の発案した言葉が国の政策の中で明記されました。それからもう一つの柱として地域医療を再生するというこの 2 つがですね、日本の IT 政策の方針の中に

英国の医療IT化プロジェクト —2002年から国家的大規模Project—

- 1979年から1997年のサッチャーメジャー保守党政権の医療費抑制政策のため医療崩壊
- 1997年ブレア政権で5年間で医療費1.5倍
- わが国医療費削減政策4回連続して施行
- 2002年 NPHIT (National Project for IT)
 - 総額12兆円 7年から10年
 - イングランドを3地域
- 2004年からCfH (Connecting for Health)
 - 188億ポンドから310億ポンド (3兆7千億円 ~6兆1千億円)
- N3 (the new Nationwide Network for NHS)
 - 医療専用ブロードバンドネットワーク
- Care Record Service
- Choose and Book (予約システム)
- 電子処方箋サービス (EPS)
- PACS (Picture Archiving and Communications Systems)

しっかりと書かれています。ただそのあと政権交代があって、やや話が止まってたんですが、最近ご存知のようにライフイノベーションとグリーンイノベーションというのを成長戦略の2つの基本の柱にするということを政府が発表してます。去年の9月から12月の時期に、民主党がどのようなITと医療の政策を考えるのかというのは見えない時があったんですが、やはりIT医療というのは重要だ、柱にするというような動向が見えつつあるわけでありまして。政策の継続性、特に日本版EHR、地域医療の再生ということをベースにしてほしいと思っております。



時間ありませんので、資料でみていただくとして、結局は日本版EHRをどうやって作るかということを考えると、われわれはいつでもどこでもその自分の健康情報にアクセスでき、それに応じた最善の医療を受けられるような環境は、いつ実現できるのか。今は非常に深刻な状態ではありますが、再生して、いつでもどこでも最善の医療を受けられるような医療環境というものを作る。そのベースはどうしてもICTではないといけない。医療情報の情報基盤がないとできない。国民の健康医療情報を全部ある意味では蓄積したそういう情報基盤の上に立ってこそ、医療の再生は可能ですけど、そういう政策をどうやればいいのか。一つはまずは地域医療連携からということになるかと思います。まあ、それは統合的な地域医療情報圏というようなことです。中核としては慢性疾患の疾患管理というのを地域ぐるみでやる。たとえばこの県は糖尿病が問題だと、あちらの県は高血圧から脳卒中が問題だとしたら、それを地域の医療関係が共同してですね、その県の疾患の発生率とかをどのようにして減らすか、連携して患者情報をベースとして医療を行わなきゃいけない。さらに、救急、産科、小児科というような少し急性の疾患に関する情報の連携を行う情報ネットワークを構築しなければいけない。さらにもう一つは日常生活に基づいた医療です。ユビキタスという言い方をしますけどもいろんなセンサーとかが軽く

質問) 総合的なお話をきかせていただきまして共感するところ多く、ありがとうございます。医療目線といいますか、先生は基本概念のうち安心安全な日常生活圏と言われますが、たとえば病院に行きますとほとんど老人が多いように、高齢になってからでは遅すぎますね。日本は国民の健康に対してはもっと早く行政なりが対応すべきであると思います。たとえば特定保健食品だとか健康グッズはたくさんありますが、自分を健康管理するという習慣がありませんね。例えば私はインターネットから直接ダウンロードできるようにして健康保持の自己管理を試みています。早い時期から健康状態をデータに照らすようなことを、どのようにして定着させたらよろしいのか先生のご意見をお聞かせ願いたいのですが。

田中) これまでの医療健康管理は、どうしても病院中心のところがあつたんですけど、これからは病院中心というよりは日常生活圏中心だと思います。日本人は病院に行くのが好きな国民なんですけどもやはり実際は働き盛りの人にとって病院に行くとい日潰してしまったりするんで結構おっくうになってきたりしますというわけです。それより病院中心から市民中心へ、ケアを変えていく方が必要だと思います。いろんな健康保持には関心があるんですが、自分の健康状態を測る例えば血圧でも血糖値でもそういうものを測り、それを例えばグラフにしてみるだけでもずいぶん違うわけです。毎日血糖値を測ってたりしたら少しずつ上がってくると、この情報は自分にフィードバックされてこれは放つといいのかということになります。情報が治療効果をもっています。もちろん薬とか手術とかいうのは本当の医療の治療手段なんですけど、慢性疾患にとっては薬とかよりもまず情報を与えることが一番治療に役立つということかだと思います。それだけじゃなくて健康管理とかに関しても自分の状態を知ることがずいぶんいろんなモチベーションにつながる。10年や20年くらい病気とお付き合いしなければいけない場合はですね、まあ直接的に効果のある薬とかの医療の手段よりも情報を見るということだいで違うわけですけど、これをもう少し我が国の国民に広げるということにはどうしたらいいかということがあります。EHR というと病院とかまあそういうのが中心になりますけれど、Personal Health Record といって個人の健康記録、アメリカでも Google とか Microsoft が無性に自分のデータを入れて管理するようなソフトを提供しています。PHR をもう少し広げるように国がやっていいのかどうかわからないんですけど、そういうシステムとかソフトウェアをもう少し完全に使えて、しかも自分で健康データをいつも打ち込むというのではなくてですね、自動的に入るような仕組みが入っているとずっと広がるんじゃないかなと思います。一つは今のメタボ健診のデータを使って本人に絶えず見れるようにするような仕組みとかが考えられると思います。それを進めることが国がやっていいのかあるいは一般企業が競争的に進めて、よりよいソフトを提供してそれが広がるようにするのがいいのかなかなか分りにくいところがあるんですけども。実際アメリカでは、その Personal Health Record にキッチンとデータを入力して、それを健康に役立てているのはいわゆる専業主婦がいる家庭です。だから主婦の方が家族全員の記録をずっとつけておられてそういう人がいないとなかなか続かないのかもしれない。われわれが将来どうやって EHR や PHR を定着

するのかということの選択と言いますか方向については今後、考えていかないといけないと思います。

原) 田中先生が言われました EHR、PHR に関しまして、香川県では昨年度から 3 年間経済産業省のモデル事業として推進しています。この会が終わってから、2 時間ほど EHR を中心に討論致しますので、ぜひとも皆さんの参加をお待ちしています。